

# **De baby en zijn omgeving in beeld. Instrumenten die kunnen helpen bij de klinische diagnostiek van vroege ontwikkeling binnen primaire relaties.**

Auteurs: Casalin, S. & Vliegen, N.

## Personalia:

Dr. Nicole Vliegen is doctor in de psychologie, seksuologe, psychoanalytisch kindertherapeute en psychoanalytica. Ze is als doctor assistent verbonden aan het Centrum Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte Interventie van de K.U. Leuven. Ze is voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie en lid van de Belgische School voor Psychoanalyse.

Drs. Sara Casalin, klinisch kinderpsychologe, is werkzaam als onderzoeksassistent aan het Centrum Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte Interventie van de K.U. Leuven.

## Correspondentieadres:

Casalin Sara

Tiensestraat 102 bus 3722

3000 Leuven

[sara.casalin@psy.kuleuven.be](mailto:sara.casalin@psy.kuleuven.be)

## **Summary**

Diagnostic assessment of infants and toddlers is considered to be based on information coming from different informants and viewing different domains of child development and functioning.

In this paper we review a range of instruments that elucidate weaknesses and strengths in the development of infants and toddlers within their families. These instruments aim at assessing development and looking at early competences and symptoms. Consequently, they can be used by clinicians as a guide in their preventive and therapeutic work. We categorised these assessment instruments as follows: (1) observation-based, (2) interview-based, and (3) selfreport-based instruments. We will also argue more in depth the advantages and disadvantages of reporting by parents versus clinicians.

## **Samenvatting**

Diagnostiek bij baby's en peuters dient gebaseerd te zijn op informatie van verschillende

informanten, met als focus verschillende domeinen van kindontwikkeling en -functioneren. In dit artikel geven we een overzicht van een breed bereik aan instrumenten die zowel kwetsbaarheden als sterktes bij baby's en peuters binnen hun gezin in kaart brengen. Deze instrumenten hebben tot doel de ontwikkeling te beoordelen, door zich zowel op symptomen als op competenties te richten. Hierdoor kunnen ze de clinicus leiden in hun preventief en klinisch werk. We categoriseerden de instrumenten als volgt: (1) observatie-gebaseerde, (2) interview-gebaseerde, en (3) zelfrapportage instrumenten. We zullen ook meer uitgebreid de voor- en nadelen van rapportage door ouders versus clinici bespreken.

## **Inleiding**

In de hulpverlening wordt er steeds meer aandacht besteed aan vroege preventie, ontwikkelingsbegeleiding en ouder-kind psychotherapie. Theoretische kennis en klinische ervaring beklemtonen het belang van vroegtijdig detecteren en behandelen van moeilijkheden die zich voordoen in de ontwikkeling van baby's en peuters, evenals in hun vroegste zorgrelaties. Deze groeiende klinische belangstelling en onderzoeksinteresse in Vlaanderen en Nederland doet de vraag rijzen naar een grotere toegankelijkheid tot instrumentarium dat internationaal ter beschikking is. Met dit artikel beogen we op overzichtelijke wijze een weergave te bieden van bestaande instrumenten die de vroege ontwikkeling van het kind binnen zijn relationele context nagaan, en aldus een bijdrage te leveren tot het verruimen van deze toegankelijkheid. Het betreft geen exhaustieve lijst van bestaande methoden, eerder een overzicht van veel gebruikte, in de literatuur vaak weerkerende en zowel ecologisch als empirisch valide en klinisch relevante instrumenten met betrekking tot vroege ontwikkeling binnen primaire relaties. Een klinische benadering, gebruik makende van gestandaardiseerde, betrouwbare en valide instrumenten, is uiterst belangrijk in de identificatie van problemen bij kinderen tussen 0 en 3 jaar (O'Brien, 2001; Skovgaard, Houmann, Landorpf & Christiansen, 2004). Het is hierbij belangrijk op te merken dat onderzoek omtrent psychodiagnostiek bij deze jonge populatie relatief nieuw is (Del Carmen-Wiggins & Carter, 1995). Hierdoor hebben sommige instrumenten nog maar net hun psychometrische kwaliteiten bewezen, en is empirisch onderzoek omtrent deze instrumenten schaars. Vaak zijn deze instrumenten wel genormeerd, maar is dit gebeurd bij Engelstalige steekproeven, met een gebrek aan Nederlandstalige normen tot gevolg.

Wat betreft instrumenten die de ontwikkeling bij jonge kinderen nagaan kunnen we, naargelang de wijze waarop je informatie bij elkaar brengt, drie grote categorieën van instrumenten onderscheiden (zie ook Vliegen, Casalin & Breesch, 2007). Vooreerst zijn er

de instrumenten die gebaseerd zijn op *observatie* van het kind of van het kind in relatie tot zijn/haar primaire zorgfiguur. Ten tweede zijn er de *interviews* met de primaire zorgfiguur over hoe deze (de relatie met) zijn/haar kind ervaart. Tenslotte zijn er de *vragenlijstrapporteringen* door de primaire zorgfiguur. Steeds primeert het relatiegerichte van diagnostiek bij jonge kinderen, men dient als diagnosticus te kijken naar het 'het kind in zijn relationele netwerk'.

In wat volgt bespreken we kort enkele factoren waar de klinische diagnosticus rekening mee kan houden bij het kiezen van een instrument. Vervolgens gaan we meer uitgebreid in op de drie categorieën van diagnostische instrumenten, en geven telkens voor- en nadelen aan. Meer informatie, zoals leeftijdscategorie, gemeten aspecten van de ontwikkeling, psychometrische kwaliteiten, normgegevens en gebruik in klinische setting, wordt achteraan weergegeven in tabellen. We bekijken ook in welk opzicht de inschatting door een zorgfiguur versus die van een clinicus verschilt. Tenslotte ronden we af met een beschouwend besluit.

### **Keuze en gebruik van een instrument**

Bij de keuze voor het meest passende diagnostische instrument, dient men rekening te houden met de focus van de vra(a)g(en) die men zich stelt. Vertrekkend vanuit de vragen: "Wat wil ik weten?" en "En hoe kan dit instrument me daarbij van dienst zijn?", kiest men een instrument dat antwoorden kan bieden op de gestelde vragen.

Men kan zich ten eerste afvragen welk *doel* het instrument moet dienen. Zo zijn er instrumenten die gericht zijn op de eerste screening van ontwikkelingsproblemen en waarbij wordt nagegaan of er bij het kind een risico in de ontwikkeling is dat verdere diagnostiek vereist (e.g., Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment). Vanuit deze instrumenten kunnen geen diagnostische uitspraken gedaan worden omdat ze te kort zijn (Gilliam & Mayes, 2004). Ze worden vooral gebruikt wanneer een uitgebreide diagnostiek tijdsconsumerend en kostelijk zou zijn, zoals bij routineonderzoeken.

Daarnaast zijn er ook instrumenten die meer uitgebreid en diepgaand aspecten van vroege ontwikkeling en symptomatologie (e.g., Infant-Toddler Social and Emotional Assessment) beoordelen, zodat verdere behandeling kan vorm krijgen. Deze instrumenten zijn bedoeld om naar competenties en moeilijkheden in de ontwikkeling te kijken, maar voldoen niet om een psychiatrische diagnose te stellen (Gilliam & Mayes, 2004). Hiervoor moet immers meer dan enkel de frequentie van gedragingen bevraagd worden. Om uitspraken te doen over psychiatrische diagnoses zijn er diagnostische classificatiesystemen, zoals bijvoorbeeld de DC:0-3 (Visser, 2005), waarbij aan de hand

van observaties en (semi-)gestructureerde interviews de onset, frequentie, duur, intensiteit, kwaliteit en context van symptomen wordt nagegaan. Deze classificatiesystemen worden niet in dit artikel besproken (zie hiervoor Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004; zie ook Vliegen et al., 2007). We bespreken evenmin instrumenten die specifieke diagnoses als mentale retardatie, taalstoornissen en autisme nagaan (zie hiervoor Skovgaard et al., 2004). We beogen met dit artikel vooral goede instrumenten voor te stellen die de krachten en kwetsbaarheden bij het kind binnen zijn of haar omgeving in kaart kunnen brengen, waardoor vroege interventie een negatieve spiraal van psychosociale problemen kan voorkomen die op latere leeftijd moeilijker om te buigen is. Onderzoek toont namelijk aan dat kinderen van 18 maanden ernstige sociaal-emotionele en gedragsproblemen, alsook psychopathologie, kunnen vertonen en dat deze problemen voor een groot aantal enkele jaren later nog steeds aanwezig zijn (e.g. Lavigne et al., 1998; Mathiesen & Sanson, 2000).

Ten tweede moet men nagaan wat de *focus* van het instrument is. Sommige instrumenten richten zich op de algemene ontwikkeling zoals motorische, cognitieve en taalaspecten bij het kind (e.g., de Bayley Scales of Infant Development – II), terwijl andere eerder de socio-emotionele ontwikkelingsaspecten als gedrag, emoties en sociale relaties nagaan (e.g., Ages & Stages Questionnaires – Social-Emotional). Nog andere instrumenten zijn gericht op de affectief-relatieve interactie tussen kind en primaire zorgfiguur (e.g., Emotional Availability Scales) of eerder op de mogelijkheden van de zorgfiguur om het kind te begrijpen en te erkennen in zijn/haar eigenheid (e.g., Working Model of the Child Interview). Sommige instrumenten combineren voornoemde domeinen. Zo bijvoorbeeld worden bij de Functional Emotional Assessment Scale zowel ontwikkelingsaspecten als aspecten van de relatie tussen kind en zorgfiguur geobserveerd, terwijl de IFEEL Pictures zowel mogelijkheden van de zorgfiguur als ontwikkelingsaspecten van het kind in het vizier nemen.

Tenslotte moet men weten dat de meeste diagnostische instrumenten ontwikkeld zijn vanuit een specifiek *theoretisch kader*. Zo zijn sommige instrumenten gebaseerd op een ontwikkelingspsychologisch perspectief (e.g., Neonatal Behavioral Assessment Scale), andere op de gehechtheidstheorie (e.g., Working Model of the Child Interview), nog andere op een psychodynamisch kader over emotionele beschikbaarheid tussen zorgfiguur en kind (e.g., Emotional Availability Scales). Deze theoretische achtergrond heeft mee vorm gegeven aan de concrete uitwerking van het betrokken diagnostisch instrument, en dient dus mee in overweging genomen te worden wanneer men een keuze uit het instrumentarium maakt.

We willen sterk benadrukken dat het gebruik van elk diagnostisch instrument slechts als een hulpmiddel dient beschouwd te worden. Het belang van goede klinische vaardigheden, zoals observatie- en gespreksvaardigheden, mag geenszins onderschat worden. Het gebruik van diagnostische instrumenten is immers gebaseerd op en dient ter ondersteuning van deze klinische vaardigheden, en kan deze in geen geval vervangen. Bovendien vergt het gebruik van diagnostische instrumenten een fundamentele kennis van normale en psychopathologische ontwikkeling, en dit zowel van het kind als van het gezin (Vliegen et al., 2007).

Na deze algemene – maar niettemin belangrijke – bedenkingen gaan we in wat volgt over tot een bespreking van de drie bovenvermelde categorieën van instrumenten die gebruikt kunnen worden voor psychodiagnostiek bij jonge kinderen.

### **Observatiegebaseerde instrumenten**

Observatieschalen zijn belangrijke hulpmiddelen in de diagnostiek van jonge kinderen en van vroege interacties tussen een kind en zijn/haar primaire zorgfiguur. Er zijn drie soorten observatie-instrumenten en -procedures beschreven (zie ook Tabel 1): (1) deze die gericht zijn op microprocessen van de interactie; (2) deze die een meer globale observatie van het kind in specifieke situaties vergen en (3) tenslotte deze gebaseerd op observatie in een natuurlijke omgeving.

#### *2.1. Observatie van microprocessen*

Hoewel de observatie van microprocessen veelal ontwikkeld is binnen een onderzoekscontext, wordt ze vaak ook belangrijk geacht op het raakvlak van onderzoek en klinisch werk. Diverse van deze observatieprocedures behouden dan wel een grotere onderzoeksklemtoon, maar bieden desalniettemin voor de clinicus relevante informatie door de klinische vertalingen die gemaakt worden vanuit de gevonden empirische inzichten. Het *Lausanne Trilogue Play* en de *still-face procedure* (zie verder) zijn hiervan twee voorbeelden. Andere observatieprocedures zijn dan weer sterker geïntegreerd geraakt in het klinische werk, zoals de *Massie-Campbell Scale*, maar verliezen dan weer aan grondige inbedding in empirisch onderzoek. We bespreken deze instrumenten in wat volgt meer uitgebreid.

Bij observatieprocedures gericht op microprocessen van de interactie tussen kind en primaire zorgfiguur wordt het geobserveerde gedrag van kind en zorgfiguur seconde per seconde bekeken en/of gescoord aan de hand van een 'split screen' video-opname

(Beebe, Jaffe, Buck, et al., in press). Het *Lausanne Triologue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) is een semi-gestructureerde spelsituatie waarin de moeder-vader-kind interactie geobserveerd wordt. Gebruikmakend van de *still-face procedure* (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) werd de LTP recent aangepast tot het *Trilogue play with still-face* (Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, de Noni, & Frascarolo, 2005). De still-face procedure houdt een observatie in van een gestructureerde interactie die bestaat uit verschillende episodes. Na twee minuten van vrij spel volgt een episode van twee minuten waarbij de ouder met een neutraal gelaat, 'still-face', naar het kind kijkt, zonder te spreken of het kind aan te raken. De ouder is op dat moment dus onresponsief tegenover haar kind. Tenslotte is er terug een moment van vrij spel, "reunion" (Weinberg & Tronick, 1996).

Zoals eerder aangehaald zijn deze procedures vooral ontwikkeld met het oog op onderzoeksdoeleinden. Toch worden deze schalen ook klinisch gebruikt, maar dan op een minder gestandaardiseerde manier. Ze kijken naar de communicatieve vaardigheden van het kind, naar diens sensitiviteit voor veranderingen in het gedrag van de moeder, en naar de capaciteit om de affectieve toestanden te reguleren (e.g., Weinberg & Tronick, 1996). De reacties van het kind op de still-face episode leveren relevante informatie over de presymbolische interactierepresentatie van het kind (e.g., Cohn & Ross, 1992). Zo zullen kinderen die positieve uitwisselingen met de moeder gewoon zijn, de dialoog proberen te herstellen wanneer moeder een vlak gelaat toont, aangezien dit discrepant is met wat ze verwachten. Het kind zal op het onveranderlijke gelaat van moeder reageren met huilen, protest, vermijding en/of zelftroostend gedrag. Baby's die daarentegen gewend zijn weinig herstel te ervaren, zoals bijvoorbeeld baby's van teruggetrokken depressieve moeders, doen minder pogingen om de interactie te herstellen en kijken meer weg en beginnen te zeuren (Gianino & Tronick, 1988). Deze laatste bevinding werd zowel gevonden in onderzoek met depressieve moeders (e.g., Field, 1984) als moeders die drugs gebruikten (e.g., Tronick et al., 2005). Aan de kant van de moeders, vinden erg afgestemde moeders het soms ontzettend moeilijk om hun gelaat strak te houden, zeker wanneer hun baby krachtige aanspraken doet om hen in de interactie te betrekken. Je ziet deze moeders moeite doen om toch maar niet te gaan lachen of brabbelen tegen hun kind. Anderzijds kan deze methode sommige moeders meer bewust maken van zowel meer als minder afgestemde aspecten van het interactiepatroon met hun kind, doordat het gedetailleerd weergeeft hoe zowel moeder als kind op elkaar reageren. Dit biedt dan aanknopingspunten voor verder (diagnostisch en therapeutisch) gesprek. Andere gelijkaardige instrumenten focussen op een andere perceptuele modus van de preverbale communicatie, zoals de vocale toon en intonatie van de zorgfiguur (Murray, Kempton,

Woolgar, & Hooper, 1993).

De *Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment During Stress* (ADS; Massie & Campbell, 1983) heeft een sterke klinische oriëntatie en richt zich op observatie van microprocessen tijdens een milde stress-situatie, zoals bij een routine-pediatrische consultatie. Deze gestandaardiseerde observatie, bruikbaar bij baby's van 0 tot 18 maanden, is gericht op belangrijke kernparameters van de moeder-kind relatie zoals (1) oogcontact, (2) vocaliseren, (3) aanraken, (4) zich terugtrekken van aanrakingen, (5) nestelen van het kind / holding van de moeder, (6) delen van affecten en (7) zoeken van afstand en nabijheid. Aan de hand van deze zeven schalen wordt getracht de wederzijdse processen van de band tussen moeder en kind te kwantificeren, door aandacht te hebben voor de primaire communicatieve en gehechtheidsgedragingen van beide partners. Deze schaal is erg bruikbaar binnen een ziekenhuiscontext, waar ouders ondersteuning kunnen gebruiken bij het begrijpen van non-verbale uitingen van pijn en angst bij hun kind, en bij het zoeken naar hoe ze hier een afgestemd antwoord op kunnen geven.

Uitgangspunt van de Massie-Campbell Scale is dat in stresssituaties de noden en responsen van beide partners in de interactie op de voorgrond treden, waardoor ze scherper zichtbaar worden. Een kind zal zich – bij onlust – tot moeder wenden voor troost en geruststelling, en moeder zal trachten deze troost en geruststelling te bieden. Op die manier ontwikkelt het kind doorheen niet-traumatische spanningen en frustraties onder meer het vermogen om moeilijke ervaringen te verdragen en bevrediging uit te stellen. Zo werd –gebruik makende van deze schaal– aangetoond dat verstoorde moeder-kind interacties in het eerste levensjaar kunnen leiden tot vroege ontwikkelingsstoornissen (bijv. kinderpsychosen) bij het kind (Massie, 1977).

## *2.2. Globale observatie van het kind in specifieke situaties*

Observatie-instrumenten die het kind in welbepaalde situaties of omstandigheden observeren, zijn veelal bedoeld om het ontwikkelingsniveau van het betrokken kind in te schatten. We lichten drie frequent gebruikte globale observatieschalen toe. Daarnaast bespreken we ook het meest gebruikte observatieinstrument om gehechtheid bij jonge kinderen na te gaan.

De *Neonatal Behavioral Assessment Scale – 3<sup>rd</sup> Edition* (NBAS-3; Brazelton & Nugent, 1995) is de meest gebruikte globale observatieschaal bij de pasgeborene. Ze vergt een 20 tot 30 minuten durende observatie, die kan plaatsvinden vanaf de derde dag na de geboorte. Oorspronkelijk werd ze ontwikkeld voor voldragen en gezonde pasgeborenen,

vanaf de geboorte tot ongeveer twee maanden, maar ondertussen is ze ook bruikbaar bij premature en medisch kwetsbare pasgeborenen, vanaf een zwangerschapsduur van ongeveer 34 weken. De NBAS-3 beoogt het gedrag van de pasgeborene in kaart te brengen en daarbij individuele verschillen te beschrijven. Daartoe wordt, aan de hand van onderzoek en observatie van gedrag (28 items op een 9-puntenschaal) en reflexen (18 items op een 4-puntenschaal), een inschatting gemaakt van vier dimensies van de neonatale ontwikkeling, met name de fysiologische dimensie, de motorische dimensie, de dimensie 'state' en aandacht en de sociaal-interactionele dimensie. Deze ontwikkeling wordt verondersteld integratief te verlopen volgens een hiërarchische orde (eerst de fysiologische regulatie, dan de motorische organisatie, daarna de 'state' regulatie en tenslotte de sociale interactie), en door omgevingsfactoren beïnvloed te worden. De toepassing van de NBAS-3 wordt opgevat als een interactief proces, waarbij de diagnosticus een belangrijke rol speelt in het faciliteren van het tonen van de beste mogelijkheden tot zelfregulatie en -organisatie bij de baby. Bovendien wordt de zorgfiguur in dit proces betrokken, waardoor een interactionele basis tussen zorgfiguur en kind aangesproken en versterkt wordt. Aldus kan de NBAS-3 niet enkel diagnostisch gebruikt worden, maar ook klinische en therapeutische doeleinden dienen. Zo blijkt het observatieproces de betrokkenheid en de responsiviteit van moeders met een lage socio-economische status en adolescente moeders te verhogen (Worobey & Brazelton, 1990). Bij het jonge kind van 15 dagen tot 3,5 jaar is de *Bayley Scales of Infant Development – II* (BSID-II; Bayley, 1993) de meeste gebruikte globale observatieschaal. Deze neemt bij kinderen jonger dan 15 maanden ongeveer een half uur in beslag en bij kinderen ouder dan 15 maanden ongeveer een uur. De BSID-II omvat drie subschalen: een mentale ontwikkelingsindex (MDI), die iets weergeeft van de ontwikkeling van taal en probleemoplossende vaardigheden; een psychomotore ontwikkelingsindex (PDI), die grof- en fijnmotorische vaardigheden weerspiegelt; en een gedragsschaal (BRS), die ontwikkelingsaspecten als aandacht, affect en emotie, sociaal engagement, en beweging en motorische controle behelst.

Een waardig alternatief voor de BSID-II is de *Mullen Scales of Early Learning* (Mullen, 1995). Deze schaal betreft vijf verschillende domeinen van de ontwikkeling bij kinderen van 1 tot 68 maanden: grove- en fijne motoriek, visuele receptie, receptieve en expressieve taal. De afname duurt 15 tot 60 minuten (op 1 jaar: 15'; op 3 jaar: 25-30'; op 5 jaar: 40-60').

Via de *Vreemde Situatie Procedure* (VSP; 'Strange Situation Procedure'; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) kan op basis van een video-opname nagegaan worden



welke gehechtheidsclassificatie kinderen van 12-24 maanden ten aanzien van hun moeder hebben. De procedure bestaat uit 8 episoden, waarin moeder en kind in een onbekende omgeving worden gebracht en waarbij een onbekende (de vreemde) binnenkomt, terwijl de moeder twee maal de kamer verlaat. Er wordt van uitgegaan dat de gehechtheidsrelatie hier duidelijk tot uiting zal komen, aangezien het gehechtheidssysteem geactiveerd wordt op twee cruciale momenten: Wanneer het kind gescheiden wordt van zijn gehechtheidsfiguur, dus op momenten van afscheid of wanneer het kind onder stress staat. Op dat moment valt het kind terug op de 'interne werkmodellen' die het vanuit zijn of haar vroegste relatie-ervaringen heeft opgeslagen, namelijk verwachtingen over de beschikbaarheid en responsiviteit van de gehechtheidsfiguur (Bowlby, 1973). Het gedragspatroon van de baby als reactie op de scheiding van en hereniging met de moeder geeft dan ook informatie over deze onderliggende gehechtheidssystemen. Volgens het klassieke systeem van Ainsworth en collega's (1978) zijn er drie gehechtheidscategorieën te onderscheiden: veilig gehecht (B-patroon), onveilig-vermijndend (A-patroon) en onveilig-ambivalent (C-patroon). Main en Solomon (1990) hebben nog een vierde categorie toegevoegd, namelijk het onveilig-gedesorganiseerde D-patroon. Fraley en Spieker (2003) vonden dat gehechtheid eerder in dimensies dan categorieën moet opgevat worden. Ze beschrijven enerzijds de dimensie 'Nabijheid zoeken versus Vermijndende strategieën' en anderzijds de dimensie 'Woedende en Ambivalente strategieën'. Het gedrag van het kind zou dan op beide gehechtheidsdimensies kunnen gescoord worden. Daarbij is het belangrijk onveilige gehechtheid niet onmiddellijk als psychopathologie te beschouwen, het gaat namelijk om een continuüm van minder naar meer onveilig (Verhulst, 2007). 40 à 45% van de kinderen is onveilig gehecht, deze kinderen hebben moeite om ondersteunende relaties op te zoeken en/of om deze te gebruiken om zich veilig te voelen. Onveilige gehechtheid is wel een risicofactor voor het disfunctioneren van het individu. Deze observatieprocedure geeft geen informatie over gehechtheidsstoornissen, een extreme vorm van onveilige gehechtheid die verwijst naar mishandeling en/of verwaarlozing. Ondanks dat de VSP meer geschikt is voor onderzoek dan voor klinische doeleinden, geeft het toch boeiende klinisch relevante informatie die helpend kan zijn voor de clinicus bij het observeren van separatiemomenten tussen kind en zorgfiguur (bijv. in de wachtzaal).

### *2.3. Observatie in een natuurlijke omgeving*

Instrumenten voor observatie in een natuurlijke omgeving zijn vaak gericht op het inschatten van de ontwikkeling van het kind en/of zijn/haar relatie met de zorgfiguur. Belangrijke voordelen van natuurlijke observaties, zijn (1) de ecologische validiteit ervan

(je ziet beide partners in interactie in hun vertrouwde omgeving) en (2) het feit dat dergelijk observatiemateriaal – wanneer het op video werd opgenomen – zich leent voor interpretatie vanuit diverse kaders en invalshoeken. Zo kan je eenzelfde observatie scoren met een FEAS- of een EAS-methode (zie verder). Bovendien levert dergelijke observatiemethode vaak inhoudelijk rijk en klinisch boeiend materiaal dat aanknopingspunten biedt voor interventie (zie bijvoorbeeld Beebe, 2005; McDonough, 2000).

Het gebruik van een observatieschaal vergt haast altijd een training, vermits het veronderstelt dat de observator zich een kader toe-eigent van waaruit hij naar het materiaal kijkt en dit begrijpt. Dit impliceert dat er voldoende interscoordersbetrouwbaarheid dient bereikt te worden met collegae die het instrument en het kader beheersen. Inherent aan natuurlijke observaties, is dat ze tijdrovend zijn. Ze zijn niet bedoeld om welbepaalde gedragingen te ontlokken (zoals bijvoorbeeld bij de VSP of de NBAS wel het geval is), maar vergen van de clinicus dat hij kan wachten tot ouder en kind tonen wat belangrijke dynamieken van hun relatie zijn.

### *2.3.1. Emotional Availability Scales*

Bij de *Emotional Availability Scales* (EAS; Biringen, Robinson, & Emde, 1998) wordt er gekeken naar de wederzijdse emotionele relatie tussen kind en zorgfiguur. De *ouderlijke zijde* van de emotionele beschikbaarheid gaat over hoe een ouder in de affectieve communicatie al dan niet overwegend positief is, een heldere kijk kan hebben op de emotionele uitingen van het kind en er een gepaste ouderlijke respons op kan bieden. De *kindzijde* betreft de responsiviteit van het kind en de mate waarin het kind de ouder in zijn activiteiten weet te betrekken.

Deze schalen worden gescoord aan de hand van een op video opgenomen spelobservatie van ongeveer 30 minuten van het kind met de zorgfiguur, met de instructie te spelen zoals dat in rustige momenten wel eens gebeurt. Deze spelobservatie vindt bij voorkeur plaats in een voor kind en zorgfiguur zo vertrouwd mogelijke situatie, i.e. thuis, het kinderdagverblijf, het ziekenhuis of de hulpverleningssetting waar met kind en zorgfiguur gewerkt wordt.

### *2.3.2. Functional Emotional Assessment Scale*

Bij de Functional Emotional Assessment Scale (FEAS; Greenspan, 1992; zie ook: Couturier, 2005) wordt gekeken naar sociale, emotionele, cognitieve en communicatieve capaciteiten van het jonge kind in interactie met zijn/haar primaire zorgfiguur. Het betreft capaciteiten als zelfregulatie en interesse in de omgeving; aangaan van relaties

(gehechtheid); intentionele wederzijdse communicatie; vorming van een complex zelfgevoel waaronder de capaciteit tot gedragsorganisatie en de capaciteit tot het elaboreren van gedrags- en interactiesequensen; komen tot emotioneel denken, waaronder de capaciteit tot het ontwikkelen van representaties en de capaciteit tot het elaboreren van representaties; algemene tendensen en regulatiepatronen; en algemene patronen van de zorgfiguur.

De FEAS kan gebruikt worden bij kinderen tussen drie maanden en vier jaar. Ze wordt gescoord aan de hand van een –al dan niet op video opgenomen– spelobservatie van het jonge kind met de zorgfiguur, eventueel aangevuld met een moment waarop de clinicus met het kind speelt. Dit laatste kan van belang zijn wanneer het jonge kind weinig ontwikkelingseigen capaciteiten toont in het spel met de primaire zorgfiguur. In het aanvullend spelmoment kan de clinicus dan nagaan of hij/zij dergelijke ontwikkelingseigen capaciteiten alsnog aan het kind kan ontlokken.

### *2.3.3. Attachment Q-Sort*

Aan de hand van een (thuis)observatie kan een Attachment Q-Sort gedaan worden (AQS; Waters, 1989; zie ook Geenen, 2003) voor kinderen van één tot vijf jaar. Deze Q-sort is ontstaan vanuit de gehechtheidstheorie en beoogt – door de focus op een breder bereik aan gedragingen over een langere tijd – een aanvulling te zijn op laboratoriumobservaties zoals de VSP. Doordat er echter geen stress in het gehechtheidssysteem wordt geïnduceerd, zal het echter minder dan de VSP onderliggende gehechtheidsstrategieën uitlokken.

De Q-sort bestaat uit negentig items die nagaan in welke mate het kind al dan niet over ‘een veilige basis’ beschikt. De items verwijzen naar belangrijke aspecten aangaande de gehechtheidsontwikkeling, met name veiligheid, afhankelijkheid en sociale gerichtheid (Solomon & George, 1999). Enkele voorbeelden van items zijn: ‘geniet van speels lichamelijk contact met moeder’, ‘verkiest door moeder getroost te worden’, ‘is meer op personen dan op objecten gericht’.

Aan de hand van de observatie, die twee tot drie uur in beslag neemt (eventueel gespreid over verschillende sessies), worden de items in negen stapeltjes gesorteerd. Meer bepaald worden de items die het meest kenmerkend zijn voor het kind aan het ene uiterste van het continuüm (stapeltjes 9, 8 en 7) geplaatst, de minst kenmerkende items aan het andere uiterste (stapeltjes 1, 2 en 3), en op de middelste stapeltjes die items die voor het kind niet uitgesproken kenmerkend of niet-kenmerkend zijn. De correlatiecoëfficiënt tussen de score van de observator en een criteriumscore levert een score voor het betrokken kind op, aan de hand waarvan dit kind een plaats op een lineair

continuüm met betrekking tot gehechtheid toegekend krijgt. Het kan zowel door ouders als door onafhankelijke observatoren worden afgenomen.

### **Interviewgebaseerde instrumenten**

Naast de diagnostische instrumenten die gebaseerd zijn op rechtstreekse observatie van het jonge kind, al dan niet in interactie met zijn/haar primaire zorgfiguur, bestaan er ook instrumenten die gebaseerd zijn op een interview met de zorgfiguur.

Er zijn meerdere voordelen bij het afnemen van een interview. Het grote voordeel is dat er meer uitgebreide en diepgaande informatie verkregen wordt dan met andere methoden.

De moeder-kind relatie omvat namelijk meer dan enkel interactieve gedragingen, en behelzen ook subjectieve ervaringen van ouder en kind, zoals herinneringen aan en representaties van vorige interacties binnen de dyade (Zeanah, 2000). Door hiernaar te vragen, komt men heel wat meer te weten dan enkel wat in een observatie aan bod komt.

Bovendien zijn er specifieke verbanden gevonden tussen de representaties van ouders over hun kinderen –afgeleid uit de narratieve patronen van ouders– en de interactieve gedragingen van ouder en kind (Zeanah, Aoki, & Heller, 1998; vermeld in Zeanah, 2000).

Een ander voordeel is dat het ouders aanzet tot nadenken over aspecten van hun kind en de relatie met hun kind, waar ze voordien vaak niet hadden bij stilgestaan. De ruimte en tijd die gecreëerd wordt door de specifieke situatie van het interview, maakt dat ouders in hun “innerlijke” ruimte op zoek kunnen gaan naar betekenissen, gedachten en gevoelens.

Dit wordt door ouders vaak als aangenaam ervaren en leidt er nogal eens toe dat de ouder zich veilig genoeg gaat voelen om zeer persoonlijke gedachten of gevoelens met de interviewer te delen. Deze interviews hebben dan ook een pretherapeutische waarde.

Tenslotte is het ook een voordeel dat bij bepaalde interviews, zoals het Working Model of the Child Interview, verschillende scoringssystemen kunnen toegepast worden (zie verder). De vereiste trainingen voor afname, alsook de intensieve scoring, kunnen voor sommige klinici dan weer een struikelblok vormen wegens de grote tijdsinvestering.

Wanneer men echter een bepaald interview in de vingers heeft, dat bovendien overeenstemt met het eigen denkkader en dat van collega's, heeft men een rijk diagnostisch instrument in handen, dat bovendien ook verdere therapeutische handvatten biedt. Hieronder bespreken we enkele van de meest gebruikte (zie ook Tabel 2).

#### *3.1. Working Model of the Child Interview and Parent Attachment Interview*

Het *Working Model of the Child Interview* (WMCI; Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson & Coolbear, 1997) is een semi-gestructureerd interview waar de percepties en ervaringen van ouders omtrent jonge kinderen (0-5 jaar) aan bod komen. Het gaat over de wijze

waarop de ouders het kind en de relatie met het kind ervaren. Meer bepaald wordt de zorgfiguur gevraagd iets te vertellen over zijn/haar emotionele reacties tijdens de zwangerschap; de persoonlijkheid en ontwikkeling van het kind; kenmerken van zijn/haar relatie met het kind; en moeilijkheden die hij/zij ervaart of in de toekomst verwacht met betrekking tot dit kind. Het is gebaseerd op de gehechtheidstheorie, waarin ‘interne werkmodellen’ – dit zijn innerlijke representaties van relaties met belangrijke anderen – een centrale rol spelen.

Dit ongeveer één uur durend gesprek wordt opgenomen, uitgeschreven, en vervolgens gescoord op de volgende dimensies: (1) perceptuele rijkdom (hoe rijk zijn de beschrijvingen van het kind), (2) openheid tot verandering (hoe flexibel zijn de representaties van de zorgfiguur voor nieuwe informatie over het kind, voor verandering), (3) intensiteit van de betrokkenheid (de mate waarin de zorgfiguur zich kan openstellen voor de relatie met het kind, dan wel gepreoccupeerd is met eigen zorgen), (4) coherentie (zijn de antwoorden bedachtzaam, genuanceerd en duidelijk, dan wel veeleer verward en tegenstrijdig), (5) sensitiviteit in de zorg (herkent de zorgfiguur de noden en affectieve ervaringen van het kind, en weet hij/zij deze zorgzaam en sensitief te beantwoorden), (6) aanvaarding (de mate waarin de zorgfiguur het kind aanvaardt, alsook alle uitdagingen en verantwoordelijkheden die hiermee gepaard gaan), (7) moeilijkheden bij het kind (de mate waarin de zorgfiguur dit kind als moeilijk om voor te zorgen ervaart) en (8) angst voor veiligheid (de mate waarin bij de zorgfiguur angst bestaat om het kind te verliezen zonder dat hiervoor een actuele (medische) basis is, maar waarbij deze angst wel van invloed is op de relatie met het kind). Op basis van een beoordeling van deze dimensies worden de representaties van de zorgfiguur over zijn/haar kind geclassificeerd als evenwichtig, onbetrokken, dan wel verstoord (Zeanah, Benoit, Barton, & Hirshberg, 1996). Daarnaast kan men, door aan het interview bijkomende vragen toe te voegen als “Welk gedrag van jouw kind vind je het moeilijkste om mee om te gaan?” en “Wat denk je dat er op zo’n moment in zijn/haar hoofd omgaat?”, het mentalisatievermogen van ouders coderen (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1997). Dit wil zeggen de capaciteit van ouders om het gedrag van hun kind te begrijpen vanuit onderliggende gevoelens en gedachten, dus de mate waarin ze zich in het perspectief van hun kind kunnen verplaatsen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). De auteurs raadden klinici – in tegenstelling tot onderzoekers – echter niet aan steeds het volledige scoringssysteem toe te passen, maar enkel aan de hand van de video opvallende inhoud en formele narratieve kenmerken te noteren (Zeanah & Benoit, 1995).

Het *Parent Attachment Interview* (PAI; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin, &

Sherman, 1989), een gestructureerd interview specifiek voor peuters, kan beschouwd worden als de voorloper van het WMCI. Ook dit interview is gebaseerd op de gehechtheidstheorie en betreft een gestructureerd interview waarin de percepties en ervaringen van de zorgfiguur rond zijn/haar jonge kind via open vragen aan bod komen. Bretherton en collega's gebruiken de term 'parental attachment' omdat ze ook de kant van de ouders met betrekking tot gehechtheid willen belichten (zie ook Bretherton, Biringen, & Ridgeway, 1991). Ze benadrukken dat het niet enkel het kind is die bepaalde reacties op de separatie met de ouder vertoont, maar dat ook de ouders zelf gedachten en gevoelens hebben als reactie op de separatie met hun kind, hetgeen de gehechtheid en het separatieproces mede beïnvloedt.

### 3.2. *Parent Development Interview*

Het *Parent Development Interview* (PDI-R; Slade, Aber, Bresgi, Berger & Kaplan, 2004), een 90 minuten durend semi-gestructureerd interview, bestaat uit 45 vragen die de representaties van de ouder nagaat betreffende zijn/haar kind, zichzelf als ouder, en zijn/haar relatie met het kind. Zo wordt onder meer gevraagd naar situaties waarin het kind zich verdrietig voelde, vijf adjectieven die de relatie met hun kind beschrijven, hoe ze zichzelf als ouder omschrijven en wat de relatie met hun kind plezierig of juist moeilijk maakt. Aan de hand van de antwoorden van de ouders kan onder meer worden nagegaan in hoeverre de ouders over een goed mentalisatievermogen beschikken (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy & Locker, 2004). Dit interview werd aangepast voor gebruik bij verschillende doelgroepen. Zo is er een versie voor baby's en peuters, alsook een verkorte versie. Miriam Steele (2003) herwerkte het PDI specifiek voor adoptieouders.

### 3.3. *Insightfulness Assessment*

Oppenheim en collega's ontwikkelden het *Mother's Insightfulness Regarding their Children's Internal Worlds* (Insightfulness Assessment; Oppenheim & Koren-Karie, 2002). Ze baseerden zich op de gedachte dat inzicht in de interne wereld van het kind een belangrijke ouderlijke kwaliteit is, en een voorwaarde tot een veilige relatie tussen ouder en kind. Ze sluiten aan bij een gedachte die Ainsworth (1969) formuleerde als: '*The mother must be able to empathize with her baby's feelings and wishes before she can respond with sensitivity*'. Deze bekwaamheid om de baby te begrijpen vanuit zijn wensen en verlangens, komt tot uiting in de wijze waarop de moeder omgaat met haar baby en tegemoet komt aan zijn noden en verlangens.

De afname van de IA vindt plaats in twee stappen. Tijdens een eerste huisbezoek worden kind en zorgfiguur geobserveerd in drie situaties: (1) gestructureerd spel, waarbij de

zorgfiguur de interesse van het kind voor een nieuw stukje speelgoed tracht te wekken; (2) de zorgfiguur verschoont de luier van het kind; en (3) de zorgfiguur is afgeleid, waarbij hij/zij in aanwezigheid van het kind vragenlijsten invult. Tijdens het tweede huisbezoek vindt het interview met de zorgfiguur plaats, waarbij de eerste twee minuten van elk van de drie observatiesituaties samen met de zorgfiguur bekeken worden. Daarna worden vragen voorgelegd betreffende gedachten en gevoelens van het kind en de ouder zelf. De antwoorden die de zorgfiguur op deze vragen geeft, kunnen gescoord worden op 10 schalen: (1) inzicht in de motieven van het kind, (2) openheid in denken, (3) complexiteit in de beschrijving van het kind, (4) de focus kunnen gericht houden op het kind, (5) rijkdom van de beschrijving van het kind, (6) coherentie van denken, (7) acceptatie en warmte ten aanzien van het kind, (8) woede, (9) bezorgdheid en (10) gesepareerd zijn ten aanzien van het kind. De score van de zorgfiguur op deze schalen vormt vervolgens de basis voor een classificatie van zijn/haar empathisch inzichtelijk vermogen ten aanzien van zijn/haar kind als positief, eenzijdig, gedesengageerd, dan wel van een gemengd type. Dit instrument is bovendien geschikt voor zowel onderzoeks- als klinische doeleinden (zie Oppenheim & Goldsmith, 2007).

### 3.4. *IFEEL Pictures*

Bij de *IFEEL Pictures* (IFP; Emde, Osofsky, & Butterfield, 1993; zie ook Meurs & Vliegen, 2008) wordt nagegaan hoe de zorgfiguur affectieve gelaatsexpressies van jonge kinderen interpreteert. Uitgangspunt is dat affectinterpretatie als een centraal aspect van emotionele communicatie tussen zorgfiguur en kind kan beschouwd worden. De IFP bestaat uit 30 foto's van gelaatsexpressies van jonge kinderen tussen 10 en 14 maanden, gebundeld in een boekje. Bij het tonen van deze foto's wordt telkens gevraagd: (1) welk gevoel het kind op de foto vertoont (affectcategorie); (2) hoe aangenaam dat gevoel is (kwaliteit/evaluatie van het affect) en (3) hoe intens dat gevoel is (kwantiteit/intensiteit van het affect). Op deze manier combineert de IFP een categoriale met een dimensionale benadering van het gevoelsleven (Vliegen & Meurs, 2004). Naast de toepassing bij zorgfiguren, kan de IFP ook gebruikt worden bij kinderen om een beeld te krijgen van de wijze waarop het emotionele interpretatiesysteem zich aan het ontwikkelen is en hoe dit bij een bepaalde problematiek een eventuele verstorende impact kan hebben op de interacties met anderen (Meurs, 2000; Meurs & Vliegen, 2008).

### **Zelfrapporteringsgebaseerde instrumenten**

Tenslotte zijn er de instrumenten gebaseerd op vragenlijstrapportering door de primaire zorgfiguur van het kind (zie ook Tabel 3). Zie paragraaf 5 voor een uitgebreide bespreking

van de voor- en nadelen van deze methode.

#### *4.1. Kent Infant Development Scale*

De *Kent Infant Development Scale* – *Nederlandse vertaling* (KID-N; Schneider, Loots, & Reuter, 1990; Nederlandse vertaling van Reuter & Bickett, 1985) beoogt het ontwikkelingsniveau van het kind in te schatten. De rationale hierachter is dat ieder nieuw onderdeel in het gedragsrepertoire van een kind een nieuwe, verdere stap in de ontwikkeling van dat kind vertegenwoordigt. Bovendien wordt aangenomen dat dit in een min of meer vaste volgorde –bepaald door de ontwikkeling en leeftijd– verloopt.

De KID-N kan toegepast worden bij kinderen met een mentale leeftijd tot ongeveer één jaar, en is ook bruikbaar bij risicobaby's zoals couveusekinderen en kinderen met een zeer laag geboortegewicht, alsook bij kinderen tot acht jaar met ernstige meervoudige beperkingen.

Deze vragenlijst bestaat uit 252 items, waarbij de zorgfiguur dient aan te geven of het kind het betrokken gedrag al dan niet vertoont. Deze items kunnen ondergebracht worden in vijf subschalen, waarvan er vier verwijzen naar een belangrijk domein van de kinderontwikkeling, met name cognitie (voorbeeld op 1 maand: kijkt naar het bewegen van zijn handen), motoriek (voorbeeld op 1 maand: tilt de kin op als hij op zijn buik ligt); taal (voorbeeld op 15 maanden: zegt drie of vier duidelijk herkenbare woorden) en sociaal gedrag (voorbeeld op 14,4 maanden: geeft volwassene een kusje op verzoek). De vijfde subschaal, zelfredzaamheid, werd toegevoegd om na te gaan waar er, bij vertraagde ontwikkeling, zich een achterstand voordoet ten opzichte van normaal ontwikkelende kinderen (voorbeeld op 15,5 maanden: schept een beetje eten op een lepel met hulp van een volwassene).

#### *4.2. Ages & Stages Questionnaires (Social-Emotional Version)*

De *Ages & Stages Questionnaires* (ASQ; Bricker & Squires, 1999) beoogt kinderen tussen 4 en 60 maanden oud te screenen op ontwikkelingsachterstand. De vragenlijsten variëren naargelang de leeftijd van het kind, en bevragen *vijf basis ontwikkelingsdimensies*: (1) Communicatie; (2) Grote motoriek; (3) Fijne motoriek; (4) Probleemoplossing en (5) Persoonlijk-sociaal functioneren. Zorgfiguren kunnen de 30 goed geïllustreerde items aan de hand van hun observaties makkelijk in 10 tot 15 minuten invullen.

De *Ages & Stages Questionnaires – Social-Emotional Version* (ASQ-SE; Squires, Bricker, & Twombly, 2002) zijn toegespitst op *zeven sociaal-emotionele ontwikkelingsgebieden*: (1) Zelf-regulatie; (2) Gehoorzaamheid; (3) Communicatie; (4) Adaptief functioneren; (5) Autonomie; (6) Affect en (7) Interactie met mensen. Het is voor de diagnosticus



gemakkelijk de antwoorden van de ouders in 2-3 minuten te coderen op een bevattelijk scoreblad. Via de handleiding krijgt de diagnosticus ook handvaten om te bepalen waar het kind zich situeert in welbepaalde ontwikkelingsdomeinen in vergelijking met de (voorlopig Amerikaanse) normgroep.

#### *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*

De *Infant Toddler Social and Emotional Assessment* (ITSEA; Carter & Briggs-Gowan, 2000)

is bedoeld om sociaal-emotionele en gedragsproblemen op te sporen, alsook vertragingen in het verwerven van bepaalde vaardigheden, bij kinderen tussen één tot drie jaar oud. Deze inschatting is gebaseerd op de observaties van het kind in zijn/haar natuurlijke omgeving. Ze kan afgenomen worden aan de hand van een vragenlijst of een gestructureerd interview, en bevraagt volgende gedragsdomeinen (139 items): (1) Externaliserend gedrag (activiteit/impulsiviteit, agressie/ongehoorzaamheid, en agressie naar leeftijdsgenoten); (2) Internaliserend gedrag (depressie/terugtrekken, algemene angst, separatieangst, en teruggetrokken reageren in nieuwe situaties); (3) Verstoorde regulatie (slaap, negatieve emotionaliteit, eten, en sensorische sensitiviteit) en (4) Vaardigheden (gehoorzaamheid, aandacht, imitatie/spel, gericht zijn op bemeesteren, empathie, en prosociale relaties met leeftijdsgenoten). De ITSEA bevat drie indices, maladaptief gedrag (bijvoorbeeld symptomen van het syndroom van Gilles de la Tourette), atypisch gedrag (bijvoorbeeld autisme), en sociale verbondenheid, alsook klinisch belangrijke items die bedoeld zijn om meer ernstige problemen te identificeren.

De *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002) is een verkorte versie bestaande uit 42 items, die in ongeveer 5 à 7 minuten afgenomen kan worden.

#### *4.4. Child Behaviour Checklist 1½-5*

De *Child Behaviour Checklist 1½-5* (Achenbach & Rescorla, 2000) is bedoeld om sociaal-emotionele en gedragsproblemen bij kinderen tussen 18 en 60 maanden te detecteren. Volgende zeven syndromen worden aan de hand van 99 items bevraagd: (1) Emotionele reactiviteit ('maakt zich zorgen'); (2) Angstig/Depressief ('is ongelukkig, verdrietig, depressief'); (3) Somatische klachten ('heeft hoofdpijn zonder medische oorzaak'); (4) Teruggetrokken ('antwoordt niet als mensen hem/haar aanspreken'); (5) Slaapproblemen ('wil niet alleen slapen'); (6) Aandachtsproblemen ('kan zich niet concentreren, kan niet lang opletten'); en (7) Agressieproblemen ('maakt eigen/andermans zaken kapot'). Deze kunnen worden gescoord in twee brede groepen van internaliserende en externaliserende

syndromen. Er wordt ook een totale probleemscore berekend. Daarnaast omvat de CBCL 1½-5 ook de Language Development Survey (LDS; Rescorla, 1989), waarbij respondenten informatie kunnen geven over eventuele taalproblemen.

Een groot voordeel van dit instrument is dat, met de gepaste software, scores op de syndromen kunnen worden verbonden aan DSM-diagnoses (affectieve problemen, angstproblemen, pervasieve ontwikkelingsproblemen, ADHD en oppositionele gedragsproblemen). Bovendien kunnen zowel de totale score op elk syndroom als de score op de DSM-schalen worden weergegeven op een profiel. Op die manier kunnen de scores gemakkelijk vergeleken worden met een normgroep: ofwel bevinden de scores zich in het normale bereik (onder het 93<sup>ste</sup> percentiel), in het grens-klinische bereik (tussen het 93<sup>ste</sup> en 97<sup>ste</sup> percentiel) of het klinische bereik (boven het 97<sup>ste</sup> percentiel). Er is ook de mogelijkheid om scores van verschillende informanten parallel in profielen te zetten zodat deze makkelijker met elkaar kunnen vergeleken worden. Omdat de CBCL 1½-5 tegenhangers heeft voor onderzoek bij oudere kinderen, kunnen gemakkelijk predictieve relaties verkregen worden tussen scores op de CBCL voor de leeftijd van anderhalf tot vijf en scores op de CBCL voor leeftijden tot 18 jaar. Onderzoek (Achenbach & Rescorla, 2000) toont aan dat kinderen met hoge scores op de CBCL 1½-5 (5 tot 6 keer) meer kans hebben om in de hulpverlening terecht te komen dan kinderen met scores onder de cut-off. Er is ondertussen al veel onderzoek gedaan met de CBCL (e.g., Madigan, Moran, Schuengel, Pederson & Otten, 2007). In onderzoek wordt de CBCL ook wel in combinatie met andere ontwikkelingsinstrumenten, zoals de ITSEA (e.g., Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little, & Briggs-Gowan, 2001) of de BSID-II (e.g., Skovgaard et al., 2008) gebruikt, om naast probleemgedragingen, ook competenties en andere aspecten van de ontwikkeling na te gaan.

### **Inschatting van het kind door zorgfiguren versus clinici**

De voornoemde zelfrapporteringsschalen kunnen zowel door de ouders als door kinderverzorg(st)ers ingevuld worden. Dit maakt het mogelijk naar het gedrag van het kind te kijken over verschillende settings heen, wat eventuele discrepanties in het gedrag van het kind naar voren kan brengen. De perceptie van het gedrag van het kind wordt immers beïnvloed door subjectieve factoren, zoals bijvoorbeeld de gehechtheidsstijl van of pathologie bij de ouders (e.g., Pesonen, 2004). Zo kunnen bijvoorbeeld moeder en vader erg verschillen in de manier waarop ze naar hun kind kijken, afhankelijk van hun eigen voorgeschiedenis en daaruit voortvloeiende verwachtingen (interne werkmodellen). Dit betekent echter dat 'de accurate inschatting van wat het kind al dan niet kan' niet bestaat als een objectief gegeven, maar steeds moet worden bekeken vanuit wie de inschatting

maakt en in welke omstandigheden. Vanuit een emotionele verbondenheid met het kind en/of vanuit eigen gevoeligheden en blinde vlekken, kan een zorgfiguur sommige uitingen van het kind verkeerd interpreteren. Hierdoor kan het ingeschatte ontwikkelingsniveau van het kind uiteindelijk hoger dan wel lager komen te liggen dan het in werkelijkheid, 'objectief' is. Een nadeel van ontwikkelingsschalen gebaseerd op rapportering door een professionele zorgfiguur van bijvoorbeeld het kinderdagverblijf, is dan weer dat deze vaak niet met één kind maar met meerdere kinderen tegelijk bezig is. Hierdoor is het mogelijk dat zij sommige items negatief beantwoordt omdat zij zelf nog niet gezien heeft dat het kind er reeds toe in staat is. De inschatting van een clinicus wordt als meer objectief aanzien doordat het een getrainde persoon is die het ontwikkelingsniveau inschat. Daartegenover kan men echter weer inbrengen dat ontwikkelingsschalen gebaseerd op rapportering door de zorgfiguur, het voordeel hebben ingevuld te worden door een voor het kind vertrouwde persoon. Een jong kind zal zich ten opzichte van een vreemde observator immers vaak eerder terugtrekken en vanuit het vreemde, onveilige van de situatie niet tonen waartoe hij/zij in staat is. Ten aanzien van een vertrouwd iemand daarentegen, zal het kind vaak gemakkelijker durven tonen wat het al kan, ook wanneer dit nieuw verworven en nog onzekere competenties betreft. Bovendien heeft de zorgfiguur reeds zicht op gedragingen van het kind in verscheidene situaties, wat de inhoudsvaliditeit ten goede komt. In het geval van de KID-N bijvoorbeeld wordt het gevaar van blinde vlekken grotendeels ondervangen door de zeer concrete formulering van de items. Op deze manier dient de zorgfiguur slechts aan te duiden of zijn/haar kind iets al dan niet kan. De kwestie rond objectiviteit blijft een open debat: er zijn onderzoekers die inschattingen van de ouders over hun kind rijker vinden (e.g., Pesonen, 2004) versus auteurs die daar vooral twijfels rond formuleren (e.g., Seifer, Sameroff, Dickstein, Schiller, & Hayden, 2004). Het gebruik van meerdere instrumenten en aanvullende perspectieven kan hier een oplossing bieden doordat het de validiteit van de observaties verhoogt. Een voor de klinische praktijk relevant bijkomend voordeel van zelfrapporteringsschalen, is dat wanneer de zorgfiguur verzocht wordt dergelijke vragenlijsten in te vullen, zijn/haar aandacht gevestigd wordt op mogelijke vaardigheden en evoluties die zijn/haar kind doormaakt. Op die manier raakt de zorgfiguur meer betrokken op zijn/haar kind en de veranderingen die zijn/haar kind doormaakt, alsook in een eventueel diagnostisch en therapeutisch proces.

## **Besluit**

Met dit artikel hebben we getracht een overzicht te bieden van diagnostische instrumenten die gebruikt kunnen worden voor psychodiagnostiek bij jonge kinderen. Tot besluit willen

we even stilstaan bij het effect van diagnostiek en van het gebruiken van diagnostische instrumenten op de gezinnen bij wie men met deze instrumenten aan de slag gaat. In het kader hiervan pleiten we voor een diagnostiek die fundamenteel *proces- en relatiegericht* is (Vliegen et al., 2007). Uitgangspunt is dat diagnostiek steeds als een interventie dient beschouwd te worden, als wezenlijk onderdeel van een therapeutisch proces. Op het gepaste moment samen met een zorgfiguur denken over de ontwikkeling van het kind, hem/haar vragen samen met het kind te spelen en vragen naar intergenerationele gelijkenissen en verschillen, alsook naar hoe hij/zij separatiemomenten ervaart, dient immers in de eerste plaats om daar samen met de zorgfiguur bij te kunnen stilstaan. Op deze manier kan het denken van de ouders over het kind en zijn gezin verruimen en hun kijk op en omgaan met het kind versoepelen. Dit impliceert ook dat men zich als clinicus, wat betreft de invalshoek van het diagnostisch proces, in de eerste plaats dient te laten leiden door de vragen en zorgen die in de beleving van de zorgfiguur van dit kind vooraan staan, teneinde de therapeutische weg die met dit gezin moet afgelegd worden te optimaliseren.

## Dank

Bij deze richten we een woord van dank aan de collega's van de werkgroep 'infants' van het Centrum voor Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte Interventie. De werkgroep in het algemeen en Kris Breesch in het bijzonder, hebben gedurende enkele werkjaren bijgedragen tot het bijeenbrengen van klinisch relevante instrumenten.

## Referenties

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M. (1969). *Maternal sensitivity scales*. Available at the website (4<sup>th</sup> of September 2006). [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/pdf/mda\\_sens\\_coop.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/pdf/mda_sens_coop.pdf)
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*. 2<sup>nd</sup> Edition. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beebe (2005). Mother-Infant Research Informs Mother-Infant Treatment. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 7-46.
- Beebe B, Jaffe J, Buck, K., Chen H, Cohen P, Feldstein S., & Andrews, H. (2005). Six-week postpartum maternal depressive symptoms predict 4-month mother-infant self- and interactive regulation. *Infant Mental Health Journal*, 29, 442-471.
- Benoit, D., Parker, K.C.H., & Zeanah, C.H. (1997). Mothers' representations of their infants

- assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(3), 307-313.
- Benoit, D., Zeanah, C.H., Parker, K.C.H., Nicholson, E., & Coolbear, J. (1997). "Working model of the child interview": Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 107-121.
- Biringen, Z., Robinson, J., & Emde, R.N. (1998). *The Emotional Availability Scales*. 3<sup>rd</sup> Edition. Unpublished manual, Colorado State University.
- Brazelton, T.B., & Nugent, J.K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3<sup>rd</sup> Edition. Cambridge University Press.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: The parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203-221.
- Bretherton, I., Biringen, Z., & Ridgeway, D., (1991). The parental side of attachment. In K.A. Pillemer & K. McCartney (Eds.), *Parent-Child Relations throughout life* (pp.1-24). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bricker, D., & Squires, J. (1999). *The Ages & Stages Questionnaires: A parent-completed, child monitoring system*, 2<sup>nd</sup> edition. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2002). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) manual, version 2.0*. New Haven, CT: Yale University.
- Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2008). Social-Emotional Screening Status in Early Childhood Predicts Elementary School Outcomes. *Pediatrics*, 121, 957-962.
- Button, S. (1997). *The Parent Development Interview: Reliability and factor structure*. Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia, Charlottesville.
- Carter, A.S., & Briggs-Gowan, M.J. (2000). *The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)*. Unpublished manual. Boston, MA: University of Massachusetts, Boston Department of Psychology.
- Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J., & Davis, N.O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109–134.
- Carter, A. S., Garrity-Rokous, F. E., Chazan-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowan, M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social–emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 18–36.
- Couturier, G.L.G. (2005). *Kunnen cirkels handvaten krijgen? De FEAS, een instrument om klinische bevindingen te ordenen*. Online artikel geconsulteerd op 7 januari 2007 op [www.rino.nl/material/items/cirkels.pdf](http://www.rino.nl/material/items/cirkels.pdf)
- DeGangi, G. (2000). *Pediatric Disorders of Regulation in Affect and Behavior. A Therapist's Guide to Assessment and Treatment*. San Diego, CA: Academic Press.
- Del Carmen-Wiggins, R., & Carter, A. S. (2001). Assessment of infant and toddler mental health: advances and challenges. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*,

- Emde, R.N., Osofsky, J.D., & Butterfield, P.M. (1993). *The IFEEL Pictures: A new instrument for interpreting emotions*. Madison, CT: International Universities Press.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 517-522.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants*. New York: Basic Books.
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lavanchy, S., de Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). Four-month-olds make triangular bids to father and mother during triologue play with still-face. *Social Development*, 14(2), 361-378.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac Books.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning Manual. Version 5*. Unpublished manuscript, University College London.
- Fraley, R.C., & Spieker, S.J. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*, 39, 387-404.
- Geenen, G. (2003). Het gehechtheidsgedrag van het kind volgens de Attachment Q-Sort (AQS). In G. Geenen, *Intergenerational transmission of attachment in a population of extreme poverty*. Unpublished PhD dissertation, K.U. Leuven.
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). New York: Guilford Press.
- Gianino, A., & Tronick, E.Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. Field, P. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gilliam, W.S., & Mayes, L.C. (2004). Assessing development as an infant mental health technique: Integrating clinical and psychometric perspectives. In R. Del Carmen-Wiggins & A.S. Carter (Eds.), *Handbook of infant and toddler mental health assessment* (pp. 185-203). New York, NY: Oxford University Press.
- Greenspan, S.I. (1992). *Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- Huffman, L.C., & Nichols, M. (2004). Early Detection of Young Children's Mental Health Problems in Primary Care Settings. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment* (pp. 467-489). New York, NY: Oxford University Press.
- Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, R., Binns, H.J., Christoffel, K.K., & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of*

*the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1246–1254.

- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Otten, R., & Pederson, D.R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1042-1050.
- Massie, H. (1977). Patterns of mother-infant behavior and subsequent childhood psychoses. *Child Psychiatry and Human Development*, 7, 211-230.
- Massie, H., & Campbell, B.K. (1983). The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress. In J.D. Call, E. Gallenson & E. Tyson (Eds.), *Frontiers of Infant Psychiatry* (pp. 394-412). New York: Basic Books.
- Massie, H., & Campbell, B.K. (1983). *The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators during Stress. For Use During the Pediatric Examination and Other Childcare Situations*. Unpublished manual.
- Martin, A., Volkmar, F. R., & Lewis M. (2007). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mullen, E.M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning: AGS Edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- McDonough, S. (2000). Interaction guidance: An approach for difficult-to-engage parents. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp.485-493). New York/London: Guilford Press.
- Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 15–31.
- Meurs, P. (2000). *Gevoelsambivalentie in ontwikkelingsperspectief. Grondige literatuurstudie van een psychodynamisch kernbegrip en empirisch onderzoek naar de structuur van positieve en negatieve affectiviteit*. Niet gepubliceerd doctoraatsproefschrift, K.U. Leuven.
- Meurs, P., & Vliegen, N. (2008). *De I feel Pictures test. Over emotieregulatie en affectinterpretatie*. Terra-Lannoo Campus.
- Morrow-Tlucak, M., Ernhart, C.B., & Liddle, C.L. (1987). The Kent Infant Development Scale: Concurrent and predictive validity of a modified administration. *Psychological Reports*, 60(3), 887-894.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(7), 1083-1101.
- O'Brien, J. (2001). How screening and assessment practices support quality disabilities in Head Start. *Head Start Bulletin* (70). Retrieved on, 2009, from [http://www.headstartinfo.org/publications/hsbulletin70/hsb70\\_07.htm](http://www.headstartinfo.org/publications/hsbulletin70/hsb70_07.htm)
- Openheim, D., & Goldsmith, D.F. (2007). *Attachment theory in clinical work with children: bridging the gap between research and practice*. New York: Guilford Press.

- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: The capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 593-605.
- Pesonen, A.K. (2004). *Infant Temperament in Context: Premises of Parental Perceptions*. Academic dissertation to be publicly discussed, by due permission of the Faculty of Behavioural Sciences at the University of Helsinki in auditorium XII, on the 16th of June, 2004.
- Provost, B., Crowe, T.K., & McClain, C. (2000). Concurrent validity of the Bayley Scales of Infant Development II Motor Scale and the Peabody Developmental Motor Scales in two-year-old children. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(1), 5–18.
- Reuter, J.M., & Bickett, L. (1985). *The Kent Infant Development Scale manual*. 2<sup>nd</sup> Edition. Kent, Ohio: Kent Developmental Metrics, Inc.
- Schneider, M.J., Loots, G.M.P., & Reuter, J. (1990). *Kent Infant Development Scale (KID-N)*. Nederlandse uitgave. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Seifer, R., Sameroff, A.J., Dickstein, S., Schiller, M., & Hayden, L.C. (2004). Your own children are special: Clues to the sources of reporting bias in temperament assessments. *Infant Behavior and Development*, 27(3), 323-341.
- Skovgaard, A.M., Houmann, T., Landorph, S.L., & Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0–3 years of age: A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 337–346.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). *The Parent Development Interview-Revised*. Unpublished protocol. The City University of New York.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienemberger, J., Levy, D., & Locker, A. (2004). *Addendum to Fonagy, Target, Steele, & Steele reflective functioning scoring manual for use with the Parent Development Interview*. Unpublished manuscript. New York, NY: The City College and Graduate Center of the City University of New York.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional: A parent-completed, child monitoring system for social-emotional behaviors*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Squires, J., Potter, L., & Bricker, D. (1995). *Ages & Stages Questionnaire user's guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Steele, M. (December, 2003). *A longitudinal study of previously maltreated children: Attachment representations and adoption*. Paper presented at the conference Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and Innovation, Yale Child Study Center, New Haven, CT.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick E. Z., Messinger, D., Weinberg, M. K., Lester, B. M., LaGasse, L., Seifer, R., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., Wright, L. L., Smeriglio, V. L., & Liu, J. (2005). Cocaine



exposure compromises infant and caregiver social emotional behavior and dyadic interactive features in the face-to-face still-face paradigm. *Developmental Psychology*, 1(5), 711-722.

- van Ijzendoorn, M. H., Vereijken, C. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75(4), 1188-1213.
- Verhulst, F. C., Verheij, F., & Ferdinand, R. F. (2007). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*. Koninklijke Van Gorcum.
- Visser, J.C. (2005). *DC:0-3. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants* (Vert.). Van Gorcum, Assen.
- Vliegen, N. (2005). De observatieschalen voor 'emotionele beschikbaarheid' van Biringen, Robinson en Emde (1998). *Diagnostiekwijzer*, 8(1), 4-16.
- Vliegen, N., Casalin, S., & Breesch, K. (2007). Rondom de baby. Klinische diagnostiek van vroege ontwikkeling binnen primaire relaties. *Tijdschrift Klinische Psychologie, Themanummer 'Tot de puzzel past: Psychodiagnostiek in de praktijk'*, 37(3), 159-168.
- Vliegen, N., & Meurs, P. (2004). 'IFEEL Pictures' als instrument om de interpretatie van emoties te meten. *Diagnostiek-wijzer*, 7(4), 153-160.
- Waters, E. (1989). *Attachment Q-set (version 4.0)*. State University of New York, Stony Brook.
- Weinberg, M., & Tronick, E. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development*, 67, 905-914.
- Worobey, J., & Brazelton, T.B. (1990). Newborn assessment and support for parenting: The Neonatal Behavioral Assessment Scale. In E.D. Gibbs & D.M. Teti (Eds.), *Interdisciplinary assessment of infants: A guide for early intervention professionals* (pp. 467-490). Baltimore: Brookes.
- Zeanah, C.H., Jr. (2000). *Handbook of infant mental health* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Zeanah C.H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 4(3), 539-554.
- Zeanah, C.H., Benoit, D., Barton, M.L., & Hirshberg, L. (1996). *Working Model of the Child Interview Coding Manual*. Unpublished manuscript.
- Zeanah, C.H., & Smyke, A. (2003). *Working Model of the Child Interview Coding Manual-Revised*. Unpublished manuscript. Tulane University School of Medicine, New Orleans

Tabel 1. Observatiegebaseerde instrumenten

Instrument	Leeftijd	Aspecten van ontwikkeling	Psychometrische kwaliteiten	Normgegevens	Gebruik in klinische setting
Lausanne Trilogue Play with stillface (LTP; Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, de Noni, & Frascarolo, 2005)	0-9 maanden	-Moeder-vader-kind interactie -Communicatie en emotieregulatie	Voor de still-face procedure werd een goede betrouwbaarheid en validiteit gevonden (zie Tronick et al., 1978). Ook predictieve validiteit met veiligheid van gehechtheid op 12 maanden.	Geen normgegevens gevonden.	Het is een semi-gestructureerde spelsituatie, waarbij de scoring via een video-opname wordt gedaan.
Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment During Stress (ADS; Massie & Campbell, 1983)	0-18 maanden	Moeder-kind relatie: communicatie en gehechtheidsgedragingen	Studies geven een goede betrouwbaarheid en validiteit aan.	Gestandaardiseerd (Massie & Campbell, 1992).	-Aan de hand van een handleiding kan de clinicus zich trainen in het afnemen en scoren van dit observatie-instrument (zie <a href="http://www.ADSScale.com">www.ADSScale.com</a> voor meer uitleg). -Het is ook bruikbaar in ziekenhuiscontext.
Neonatal Behavioral Assessment Scale – 3 <sup>rd</sup> Edition (NBAS-3; Brazelton & Nugent, 1995)	Geboorte tot 4 weken	Vier dimensies van de neonatale ontwikkeling- -Fysiologie -Motoriek -‘State’ en aandacht -Sociale interactie	Deze schaal heeft een hoge interscoorders-betrouwbaarheid en validiteit, maar is zwak wat betreft test-hertest betrouwbaarheid en predictieve validiteit (zie Martin, Volkmar, & Lewis, 2007).	Geen normgegevens gevonden.	-De diagnosticus speelt een belangrijke rol in het afnemen van de test. Dat de zorgfiguur in dit proces betrokken wordt, kan therapeutisch werken. -Het is bruikbaar bij medisch kwetsbare baby's.
Bayley Scales of Infant Development – II (BSID-II; Bayley, 1993)	1-42 maanden	-Mentale ontwikkeling -Psychomotorische ontwikkeling -Gedrag	Hoge betrouwbaarheid en validiteit (zie Provost, Crowe, & McClain, 2000).	Gestandaardiseerd (ook Nederlandstalige normen).	-Dit instrument brengt sterktes en zwaktes in de ontwikkeling in kaart. -Het is de meest gebruikte ontwikkelingsmeting in onderzoek en in de klinische praktijk.
Mullen Scales of Infant Development (Mullen, 1995)	1-68 maanden	-Grof- en fijnmotorische ontwikkeling -Visuele receptie -Taal	Hoge betrouwbaarheid en validiteit.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, etniciteit, geografische ligging en SES). Binnenkort Nederlandse normen beschikbaar.	-Dit instrument wordt gebruikt om aan de hand van de sterktes en zwaktes specifieke aanbevelingen te doen.

Strange Situation Procedure (SSP; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978)	11-20 maanden	Gehechtheidsclassificaties –of dimensies	De betrouwbaarheid en validiteit van de VSP zijn uitstekend (zie Ainsworth et al., 1978). Predictieve validiteit bij moeders in de VS en West-Europa.	Geen normen beschikbaar.	-Er is een intensieve (twee- tot driedaagse) training nodig om de gehechtheids-classificatie aan de hand van de procedure te coderen. Een getrainde codeerder kan anderen aanleren, maar dan moet er eerst een goede interbeoordelaars-betrouwbaarheid zijn. -Het is beter geschikt voor onderzoeks-doeleinden dan voor klinische praktijk -Het is niet geschikt om gehechtheids-stoornissen diagnostisch te classificeren.
Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, Robinson, & Emde, 1998)	Baby's en jonge kinderen	-Wederzijdse emotionele relatie tussen kind en zorgfiguur. -Zowel ouderlijke als kindfactoren worden beoordeeld.	Er werd een goede betrouwbaarheid en validiteit voor de schalen gevonden (Vliegen, 2005). Goede predictieve validiteit met veiligheid van gehechtheid en kindontwikkeling.	Geen normen beschikbaar	-Het scoren van de schalen zonder voorafgaande training is niet aanvaardbaar. -Dit instrument is reeds onderzocht bij depressieve moeders, verslaafde moeders, en kinderen met een handicap.
Functional Emotional Assessment Scale (FEAS; Greenspan, 1992)	3-48 maanden	-Sociale, emotionele, cognitieve en communicatieve capaciteiten van het jonge kind in interactie met de zorgfiguur. -Zowel ontwikkelings-aspecten als aspecten van de ouder-kind relatie worden beoordeeld.	Goede betrouwbaarheid en validiteit van deze schaal is bereikt, en er zijn normen voorhanden (zie DeGangi, 2000).	Kleine (n=468) normatieve steekproef, vooral blanke middenklasse.	Er is vereist dat de observator getraind is in het scoren van video-opnames.
Attachment Q-Sort (AQS; Waters, 1989)	1-60 maanden	Aspecten aangaande de gehechtheidsontwikkeling: veiligheid, afhankelijkheid en sociale gerichtheid.	Betrouwbaarheid is voldoende en validiteit werd bereikt (van IJzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg, & Riksen-Walraven, 2004).	Geen normen beschikbaar	-Dit instrument kan zowel door ouders als door onafhankelijke observatoren worden afgenomen. -Het afnemen en scoren is zeer tijdsintensief.

Tabel 2. Interviewgebaseerde instrumenten

Instrument	Leeftijd	Aspecten van ontwikkeling	Psychometrische kwaliteiten	Normgegevens	Gebruik in klinische setting
Working Model of the Child Interview (WMCI; Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson & Coolbear, 1997)	0-60 maanden	-Ervaringen en percepties van de ouders betreffende hun kind en de relatie met hun kind. -Naast interne representaties van ouders over hun kind kan ook het mentalisatievermogen van de ouder worden nagegaan.	Goede betrouwbaarheid en validiteit (zie Benoit, Parker, & Zeanah, 1997). Predictieve validiteit met de VSP en kwaliteit van moeder-kind interactie.	Geen normgegevens beschikbaar	-De afname van dit semi-gestructureerd interview duurt ongeveer 1 uur. Het wordt vervolgens uitgeschreven en gescoord. -In de klinische praktijk is het niet nodig het volledige scoringssysteem toe te passen.
Parent Attachment Interview (PAI; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin, & Sherman, 1989)	18-36 maanden	-Ervaringen en percepties van de ouders betreffende hun kind en de relatie met hun kind. -Naast gehechtheid bij het kind wordt ook de kant van de ouder met betrekking tot gehechtheid belicht.	Geen informatie gevonden betreffende betrouwbaarheid en validiteit.	Geen normgegevens beschikbaar	Gestructureerd interview.
Parent Development Interview (PDI-R; Slade, Aber, Bresgi, Berger & Kaplan, 2004)	Baby's en jonge kinderen	Percepties van de ouders betreffende hun kind, zichzelf als ouder en de relatie met hun kind.	Goede betrouwbaarheid en validiteit (zie Button, 1997).	Geen normgegevens beschikbaar	-De afname van dit semi-gestructureerd interview duurt ongeveer 90 minuten. -Er is ook een versie voor baby's en peuters, alsook een verkorte versie, en een versie voor adoptieouders.
Mother's Insightfulness Regarding their Children's Internal Worlds (Insightfulness Assessment; Oppenheim & Koren-Karie, 2002)	Baby's en jonge kinderen	Empathisch inzicht van de moeder ten aanzien van haar kind	Betrouwbaarheid en validiteit zijn veelbelovend (Oppenheim & Koren-Karie, 2002).	Geen normgegevens beschikbaar	-De afname vindt plaats in twee stappen: eerst een observatie in 3 situaties, dan een interview met de zorgfiguur. -Het is zowel geschikt voor onderzoeks- als klinische doeleinden

IFEEL Pictures (IFP; Emde, Osofsky, & Butterfield, 1993)	Baby's en jonge kinderen	Affectinterpretatie	Goede betrouwbaarheid en validiteit gevonden (zie Emde et al., 1993).	Gestandaardiseerd. Ook Nederlandse normen beschikbaar (zie Meurs & Vliegen, 2008).	-Dit instrument kan zowel gebruikt worden bij zorgfiguren als bij kinderen (7-14 jaar). -Het is zowel geschikt voor onderzoeks- als klinische doeleinden
--	--------------------------	---------------------	---	--	---

Tabel 3. Zelfrapporteringsgebaseerde instrumenten

Instrument	Leeftijd	Aspecten van ontwikkeling	Psychometrische kwaliteiten	Normgegevens	Gebruik in klinische setting
Kent Infant Development Scale – Nederlandse vertaling (KID-N; Schneider, Loots, & Reuter, 1990; Nederlandse vertaling van Reuter & Bickett, 1985)	0-12 maanden (mentale leeftijd)	-Cognitie -Motoriek -Taal -Sociaal gedrag -Zelfredzaamheid	Betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens zijn voldoende (zie Morrow-Tlucak, Ernhart, & Liddle, 1987).	Er zijn tot hiertoe enkel Amerikaanse normgegevens beschikbaar.	Ook bruikbaar bij medisch kwetsbare baby's en oudere kinderen met ernstige meervoudige beperkingen.
Ages & Stages Questionnaires (ASQ; Bricker & Squires, 1999)	4-60 maanden	-Communicatie -Grove motoriek -Fijne motoriek -Probleemoplossing -Persoonlijk-sociaal functioneren	Goede betrouwbaarheid en validiteit.	Gestandaardiseerd in een nationale steekproef van baby's en jonge kinderen.	-Dit is een screeningsinstrument voor ontwikkelingsproblemen: Cut-off punten geven hoog of laag risico aan. Bij hoog risico moet worden doorverwezen. -Een training wordt aangeraden (zie <a href="http://www.agesandstages.com/asq/chart.htm">http://www.agesandstages.com/asq/chart.htm</a> ). -Het is zowel door ouders als klinici in te vullen (vergt 1 tot 5 minuten).
Ages & Stages Questionnaires – Social-Emotional Version (ASQ-SE; Squires, Bricker, & Twombly, 2002)	6-60 maanden	-Sociaal-emotionele problemen -Gedragsproblemen -Sociale competentie	Gemiddeld hoge interne consistenties. Uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. Goede sensitiviteit en specificiteit.	Gestandaardiseerd bij 3.014 kinderen (gecontroleerd voor inkomen, opleidingsniveau en etniciteit).	Dit is een screeningsinstrument voor sociale, emotionele en gedragsproblemen: Bij hoge scores dient er een meer gedetailleerde evaluatie te gebeuren.

Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA; Carter & Briggs-Gowan, 2000)	12-36 maanden	-Externaliserend gedrag -Internaliserend gedrag -Dysregulatie -Competenties	Hoge interne consistentie voor de domeinen en gemiddeld hoge interne consistentie voor de subschalen. Uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. Goede criterium-gerelateerde en construct validiteit.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor geslacht en etniciteit).	Dit instrument beoordeelt probleemgedragingen uitgebreid.
Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002)	12-36 maanden	-Probleemgedrag -Competenties	Voldoende tot goede sensitiviteit en specificiteit in het screenen van kinderen met extreme scores op de ITSEA en CBCL/2-3. Goede criterium-gerelateerde en construct validiteit (Briggs-Gowan et al., 2004). Goede korte versie van de ITSEA: selectie van hoogst ladende items in factoranalyse en beoordeling van 'klinische relevantie' door experts.	Geen afzonderlijke normgegevens beschikbaar; grote vergelijkbaarheid met ITSEA.	-Dit instrument doet een eerste screening van probleemgedragingen. -Het is gemakkelijk te scoren.
Child Behavior Checklist-ages 1,5-5 (CBCL 1 ½-5; Achenbach & Rescorla, 2000)	18 -60 maanden	-Externaliserende problemen -Internaliserende problemen -Taalontwikkeling (LDS)	Gebaseerd op de CBCL 2-3 en CBCL 4-18. Hoge test-hertest betrouwbaarheid voor de meeste subschalen. Goede interbeoordelaars-betrouwbaarheid. Aanvaardbare inhouds-, criteriumgerelateerde en construct validiteit van de probleemschalen.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor inkomen en etniciteit).in 40 staten en met zowel moeder als vader als respondenten. Ook Nederlandse normen beschikbaar.	-Dit instrument is geschikt voor de diagnostiek van sociale, emotionele en gedragsproblemen. -Ook de taalontwikkeling kan worden nagegaan. -Het beslaat een groot leeftijdsbereik. -Het vergt 10 minuten om in te vullen. -Er is ook een versie voor leerkrachten. -Syndromen kunnen worden gescoord in 2 brede groepen van internaliserende en externaliserende syndromen. -Scores op de schalen kunnen worden gerelateerd aan DSM-diagnoses. -Er is reeds veel onderzoek mee gedaan